LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Médecine pratique : De l'utilité des médecins-dentistes inspecteurs des écoles, par le Dr L. Gourc, p. 161. — **Congrès international de gynécologie et d'obstétrique** tenu à Amsterdam (3e session (*suite et fin*). Traitement chirurgical des fibromes utérins, p. 562. — Traitement chirurgical des fibromes, p. 565. — Des rapports de l'opération césarienne avec la symphyséotomie, la craniectomie et l'accouchement prématuré artificiel, p. 565. — L'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus, p. 568. — Hystérectomie abdominale par incision médiane de l'utérus dans le cas de cancer inopérable par le vagin, p. 569. — L'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles, p. 569. — Du raccourcissement des ligaments larges et des ligaments ronds dans la rétroversion de l'utérus, p. 569. — De la mobilité des articulations pelviennes et de l'influence de l'attitude de la femme sur la capacité des divers étages du bassin, p. 570. — Traitement opératoire des annexites, p. 570. — Action résolutive des courants de haute fréquence et de haute tension sur les hyperplasies congestives de l'utérus, p. 571. — Traitement des fistules gynécologiques spontanées et post-opératoires, p. 571. — Injections sous cutanées de bleu de méthylène chez les femmes enceintes, p. 571. — Accouchement et néphrite, p. 571. — Le vagissement intra-utérin comme moyen de prévenir l'asphyxie du fœtus pendant le travail, p. 571. — Amputation anaplastique du col, grossesses et accouchements ultérieurs, p. 572. — **Variétés** : Pronostication académique, p. 573. — **Intérêts professionnels** : De l'exercice de la médecine sous un pseudonyme, p. 574. — Le médecin qui délivre un certificat constatant la nature véritable de la maladie dont son client est mort commet une violation du secret professionnel, p. 574. — **Nouvelles**, p. 574.

MÉDECINE PUBLIQUE

De l'utilité des médecins-dentistes inspecteurs des écoles

par le Dr L. Gourc.

A ma consultation exclusivement enfantine du Dispensaire Furtado-Heine, j'ai très souvent l'occasion de recevoir des enfants qui me sont adressés indirectement par les médecins inspecteurs des écoles de divers arrondissements; ceux-ci remettent un bulletin imprimé indiquant l'urgence de faire examiner la bouche de l'enfant par un dentiste.

De deux choses l'une: ou le médecin est parfaitement compétent, et il doit donner dans ce cas le véritable traitement ou les médications particulières à suivre, ou s'il est, malgré sa bonne volonté que je reconnais ici, imparfaitement capable de dire exactement ce qu'il faut faire, ne doit-on pas lui attribuer un rôle qui l'ennuie, ne lui sied pas et doit-on lui retirer ce service absorbant, encombrant et fait de façon incomplète, puisque seul le diagnostic approximatif est établi et qu'il n'est même pas parlé de la moindre thérapeutique. Donne-t-on les premiers principes de l'hygiène à appliquer?

Je ne vois du reste pas pourquoi l'on n'instituerait pas, à côté de médecins auristes et oculistes inspecteurs des écoles, des médecins-dentistes chargés de services semblables, toutes choses égales d'ailleurs.

L'on ne peut, après les progrès accomplis par nous, nier notre heureuse influence et les bienfaits de notre intervention dans la bouche des enfants, petits ou grands.

Nous ne devons plus occuper désormais le rang très reculé dans lequel on semble vouloir nous laisser, nous ne demandons qu'à aller de l'avant; est-ce quand la dentition est en pleine évolution que la surveillance doit être abolie?

J'entends bien souvent dire : « Mais ce sont des dents de lait, dont la chute est prochaine, il est donc inutile de s'en préoccuper! »

Combien cette erreur est grossière. Oh! combien! dirai-je avec les décadents! Outre les réceptacles des microbes dangereux pour la santé générale que forment ces dents cariées (pneumocoques, streptocoques, bacilles d'Eberth et de Koch, etc.), elles occasionnent de la douleur, de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie et de l'amaigrissement et l'on sait que ces différents microorganismes sont d'autant plus actifs qu'ils combattent sur un terrain affaibli, quelle que soit la cause de cette déchéance organique. Alors, qu'arrive-t-il : la mère, quand elle peut ou veut bien s'en occuper, envoie son enfant dans un dispensaire ou une clinique et... l'on arrache la dent parce qu'il est trop tard pour employer une méthode moins radicale; la dent permanente qui doit remplacer cette dernière poussera, c'est entendu, mais quelquefois de façon anormale, aux dépens de l'esthétique, le développement du maxillaire pouvant être, lui aussi, entravé.

Ici les lumières des dentistes seront indispensables, mais si l'on avait pu prévoir cette extraction, si l'on avait pu l'empêcher en arrêtant à temps cette carie désorganisatrice, on aurait épargné bien des ennuis à l'enfant et toutes conséquences funestes ou graves auraient été évitées.

Du reste, on a si bien compris l'utilité du dentiste que, dans la majorité des lycées et collèges, il en existe un attaché à l'établissement; libre à la famille de choisir son opérateur; il n'en est pas moins vrai que le titulaire peut donner un bon conseil et soulager son

malade. Si donc cet état de choses existe dans les écoles fréquentées par les familles plutôt riches, pourquoi ne l'instituerait-on pas pour les classes pauvres, dans les écoles communales? Il me paraît que l'on doit songer à satisfaire de préférence le malheureux qui ne peut se payer le luxe de s'adresser à un dentiste de son choix, parce qu'il n'a ni le temps, ni l'argent nécessaires. Et n'est-ce pas le plus grand nombre?

Toute question politique à part, je donne ce sujet à méditer à Messieurs les conseillers municipaux, eux qui doivent compter avec la *masse* des électeurs, la classe ouvrière, c'est-à-dire celle qui a le plus d'enfants.

Je ne demande pas l'installation de toute une série d'instruments dans chaque école, je sais trop combien l'on doit compter avec le budget; du reste le nombre des cliniques pour les maladies de la bouche et des dents, tant dans les hôpitaux que dans les dispensaires, est bien suffisant, mais un conseil donné à propos, des lavages particuliers institués à temps et des soins d'hygiène conseillés avec art et discernement, pourraient éviter bien des conséquences fâcheuses et,dans ces cas spéciaux, seul le dentiste est compétent.

La présence même du dentiste éveillerait l'attention des parents et leur prouverait ainsi qu'ils ne doivent plus à l'avenir négliger l'hygiène buccale la plus élémentaire, c'est-à-dire les lavages de bouche et brossages des dents après les ingestions d'aliments.

Ne voit-on pas bien souvent à, côté de dents compliquées de périostite, œdème ou suppuration, d'autres dents bien moins cariées qu'un pansement conserverait encore pas mal de temps dans la bouche du sujet et lui permettrait ainsi d'éviter une infection plus grande; encore faut-il que ce pansement soit judicieux et appliqué par une main expérimentée.

Qu'on fasse en tout lieu une enquête auprès des médecins-inspecteurs des écoles et je laisse à leur bon sens et à leur équité le devoir de décider s'il est vraiment utile de créer des médecins-dentistes inspecteurs des écoles!

Je suis bien sûr par avance qu'ils répondront que nous serons quelquefois très utiles,mais le plus souvent indispensables.

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Amsterdam (3 *session*)

(*Suite et fin*) (1).

Traitement chirurgical des fibromyomes utérins. — M. Doyen. Les fibromes utérins ne sont pas toujours bénins et outre les accidents habituellement observés, hémorrhagies, augmentation de volume, phénomènes de compression, on peut voir survenir des complications graves qui assombrissent le pronostic, telles la phlébite, l'albuminurie, l'occlusion intestinale, la dégénérescence cancéreuse.

Les indications du traitement chirurgical des fibromyomes se sont précisées et étendues grâce aux perfectionnements de la technique, de sorte qu'actuellement le seul traitement curatif de ces tumeurs est l'intervention chirurgicale et, presque exclusivement, l'intervention directe, c'est-à-dire suivant le nombre et la topographie des tumeurs, la myomectomie ou l'ablation de l'utérus fibromateux. L'intervention donne aujourd'hui des résultats tels, que les méthodes dites palliatives, qui ont à leur actif de nombreux accidents, sont vouées au discrédit le plus complet. L'opération n'est cependant pas indiquée dans tous les cas sans exception; lorsque le fibrome reste stationnaire, la malade doit être tenue en observation et examinée deux ou trois fois l'an; s'il augmente et détermine des accidents, l'opération s'impose.

La constatation d'un fibrome pelvien prêt à franchir le détroit supérieur,chez une femme encore jeune,est une indication immédiate de l'hystérectomie vaginale. Si la tumeur est trop volumineuse pour être enlevée par le vagin, et s'il n'existe aucune complication, le cas peut être tenu en observation, et l'hystérectomie abdominale est pratiquée en temps opportun.

Il faut noter aussi que beaucoup de gros fibromes continuent à se développer après la ménopause et que chez certaines femmes on observe la continuation des hémorrhagies jusqu'à l'âge de 60 ou 65 ans.

Après les indications, M. Doyen fait tout au long l'historique de la question et passe en revue les principales étapes du traitement chirurgical des fibromyomes; nous ne pouvons le suivre dans cette étude qui dépasse les limites de notre cadre, nous insisterons sur le manuel opératoire à la fois plus intéressant et plus pratique.

Le chirurgien a deux voies à sa disposition, la *voie vaginale* et la *voie sus-pubienne* : chacune d'elles a des indications spéciales.

La *voie vaginale* doit être réservée aux cas où elle est plus directe et plus sûre que la laparotomie; les petits utérus fibromateux ne dépassant pas le pubis sont enlevés avec la plus grande facilité par le vagin. Il n'en est plus de même pour les fibromes dépassant le pubis; il faut alors faire entrer en ligne de compte l'expérience du chirurgien, la largeur du vagin, le degré de mobilité de l'utérus; mais en principe, tout utérus fibromateux ne dépassant le pubis que de deux ou trois travers de doigts peut être enlevé par le vagin. L'enclavement de la tumeur dans la cavité pelvienne n'est pas une contre-indication lorsqu'il n'existe pas de petites tumeurs latérales haut situées et susceptibles de s'opposer à la descente de la masse principale.

La *voie sus-pubienne* est indiquée lorsqu'il y a des adhérences, lorsque la tumeur est volumineuse, irrégulière, lorsque l'utérus peu mobile descend mal, que le vagin est étroit, enfin lorsqu'il y a doute sur la possibilité d'une opération vaginale. Dans certains cas on ne pourra se décider pour l'une des deux voies, que sous le chloroforme.

L'obésité de la malade sera parfois une contre-indication de la voie abdominale.

Les opérations destinées à l'ablation des fibromyomes

(1) V. *France Médicale*, n° 35, p. 550.

se divisent donc en deux classes : les *opérations par le vagin* ; les *opérations par la laparotomie*.

Chacune de ces méthodes (voie vaginale et voie sus-pubienne) comporte trois subdivisions :

1. L'ablation des fibromes pédiculés (polypes ou fibromes sous-péritonéaux).

2. L'énucléation des fibromyomes interstitiels avec conservation de l'utérus (myomectomie vaginale ou abdominale).

3. L'ablation totale de l'utérus fibromateux (hystérectomie totale, vaginale ou abdominale).

1. Opérations par la voie vaginale

1° *Ablation des fibromes pédiculés.* — a) *Polypes de l'utérus.* — On saisit la tumeur avec une pince à griffes ; l'index va reconnaître le pédicule qui est sectionné avec les ciseaux. Si le pédicule est court et large, il est prudent de n'inciser que la muqueuse et d'énucléer le fibrome avec les doigts ou les ciseaux courbes, employés comme une spatule.

b) *Polypes énormes enclavés dans le vagin.* — Ils sont parfois assez volumineux pour ne pouvoir franchir la vulve : leur pédicule est mince et se rompt à la moindre tentative de rotation de la tumeur. On sera obligé de procéder au morcellement pour les extraire.

2° *Morcellement et énucléation des fibromes interstitiels (myomectomie vaginale).* — a) *Myomectomie sans ouverture du péritoine.* — Indiquée lorsque le fibrome est unique et la coque utérine qui le revêt suffisamment épaisse. Si le col est déjà dilaté, on introduit deux écarteurs en avant et en arrière entre le fibrome et la paroi utérine et on procède au morcellement. Il faut éviter dans cette opération la perforation de l'utérus. Si le col n'est pas ouvert, il faut le sectionner pour aborder librement la tumeur. Doyen pratique l'incision du cul-de-sac antérieur du vagin, décolle la vessie comme pour l'hystérectomie vaginale et place un écarteur entre la vessie et l'utérus. Le col est incisé longitudinalement sur sa paroi antérieure et, si le jour n'est pas suffisant, Doyen recommande une double section en V. L'écarteur antérieur est alors introduit entre la paroi antérieure de l'utérus et le fibrome qui est perforé, puis extrait. L'énucléation terminée la plaie utérine est suturée, puis l'incision vaginale et le vagin tamponné.

b) *Myomectomie intra-péritonéale.* — Opération rarement indiquée, destinée à enlever un fibrome sous-séreux après incision du cul de sac péritonéal antérieur ou postérieur. La loge de la tumeur est suturée ou tamponnée.

3° *Hystérectomie vaginale.* — a) *Utérus fibromateux de petites dimensions.* — Doyen donne la technique de l'hystérectomie vaginale dont il décrit les divers temps.

1er *temps.* — Incision du cul-de-sac vaginal postérieur, ouverture du cul-de-sac de Douglas et exploration de la cavité pelvienne.

2e *temps.* — Incision du cul-de-sac vaginal antérieur et décollement de la vessie.

3e *temps.* — Ecrasement de l'étage inférieur et moyen des ligaments larges.

4e *temps.* — Hémisection médiane antérieure simple ou en V et bascule en avant de l'utérus.

5e *temps.* — Application d'une pince élastique sur chaque ligament large et libération de l'utérus et des annexes.

6e *temps.* — Ecrasement du bord supérieur des ligaments larges et application des ligatures.

7e *temps.* — Toilette du péritoine, coaptation des lambeaux séreux et tamponnement du vagin.

b) *Gros utérus fibromateux.* — Les trois premiers temps de l'opération sont les mêmes, un seul diffère, le 4e temps, l'extraction de l'utérus.

Le col incisé en Y ou en V, jusqu'au-dessous de l'écarteur, le premier fibrome interstitiel mis en évidence est attaqué. S'il est petit, il est extrait en bloc ; s'il est volumineux, il est morcelé, puis extrait au dehors. Des pinces à griffes placées sur la coque utérine l'abaissent et l'index gauche reconnaît les fibromes sous péritonéaux qu'il va falloir aborder et juge si l'opération doit être continuée sur la ligne médiane ou bien vers l'une des cornes utérines. Dans quelques cas, d'autres sections en V seront successivement pratiquées vers les points difficiles à abaisser. Pour Doyen le point capital est d'atteindre aussitôt que possible le cul-de-sac péritonéal antérieur.

Rien de particulier pour les autres temps de l'opération : forcipressure, section, écrasement au-dessus des pinces et ligature des ligaments larges.

c) *Manœuvres exceptionnelles pour l'extirpation de l'utérus fibromateux.* — Modifications au 4e temps de l'opération. La topographie si variable des fibromyomes peut exiger certaines manœuvres exceptionnelles ; la présence d'un énorme fibrome sous-péritonéal, saillant dans le cul-de-sac de Douglas nécessite souvent comme première manœuvre l'énucléation de cette tumeur, qui est faite d'après les règles habituelles, soit directement par le cul-de-sac postérieur du vagin, soit après hémisection médiane postérieure du col de l'utérus.

Dans quelques cas où l'utérus est en rétroflexion très marquée, la bascule postérieure sera plus facile que l'antérieure.

L'hémisection médiane totale de l'utérus ne sera qu'une manœuvre d'exception.

d) *Dégénérescence maligne de l'utérus fibromateux.* — Si la dégénérescence siège vers le fond et est peu étendue, l'opération n'est pas modifiée.

S'il s'agit d'un néoplasme du col ou de la cavité cervicale ou bien d'un ramollissement de la totalité du fond de l'utérus, l'hystérectomie vaginale ne sera faite que si les fibromes sont peu volumineux, sinon on devra préférer l'hytérectomie abdominale. Pour tenter l'opération vaginale il faut encore que l'utérus soit mobile et d'un volume ne dépassant pas celui du poing.

e) *Fibromes utérins et péri-métrite* (adhérences, salpingites inflammatoires et hématiques, suppuration pelvienne). Il n'est pas exceptionnel de voir des lésions inflammatoires péri-utérines surajoutées à un utérus fibromateux. Il n'est d'ailleurs pas toujours facile de faire un diagnostic aussi exact, mais l'exploration du cul-de-sac de Douglas, qui se fait au premier temps de l'hystérectomie, permet de reconnaître des adhérences rétro-utérines, les tumeurs annexielles et de les libérer de la face postérieure de l'utérus.

S'il existe une poche volumineuse, elle est incisée et évacuée et le reste de l'opération se poursuit suivant les règles habituelles, les poches annexielles sont abaissées et détachées de leurs adhérences, puis enlevées avec l'utérus.

La toilette du péritoine est faite dans ces cas avec le plus

grand soin et l'extrémité de la compresse vaginale est interposée entre les lambeaux séreux antérieur et postérieur, de manière à assurer éventuellement le drainage.

f) *Fibromes du ligament large.* — Ils font saillie dans le cul-de-sac latéral du vagin et peuvent être enlevés par cette voie. Le diagnostic du siège n'est d'ailleurs souvent fait qu'au cours de l'opération et l'utérus est enlevé avec la tumeur. Ces tumeurs seront enlevées par morcellement.

g) *Hémorrhagie au cours de l'opération.* — Au cours de l'extraction du fond de l'utérus, on peut observer la déchirure d'un ligament large avec hémorrhagie. Dans ce cas, la déchirure péritonéale doit être saisie de proche en proche avec de longues pinces, abaissée au-dessous de l'écarteur antérieur. L'artère et les déchirures ligamentaires sont pincées et liées. Si la ligature échappe, on peut laisser une ou deux pinces à demeure.

Les suites opératoires de l'hystérectomie vaginale sont simples ; l'opérée est purgée le troisième ou quatrième jour, la compresse vaginale est enlevée le cinquième jour et les fils tombent vers le douzième jour.

Doyen pense que l'opération est beaucoup plus sûre qu'avec la méthode des pinces à demeure ; la cicatrisation serait plus rapide. Un seul accident peut se produire, c'est une hémorrhagie survenant quelques heures après l'opération, si l'une des ligatures se trouvait mal faite. Il faudrait alors endormir de nouveau la malade, enlever la compresse, faite la toilette du petit bassin, et placer une pince à demeure ou bien une ligature sur le vaisseau qui saigne.

II. Opérations par la voie sus-pubienne.

1° *Ablation des fibromes sous-séreux pédiculés.* — Opération très simple; si le pédicule est étroit, il est lié à la soie; s'il est très vasculaire, il est étreint par un fil élastique et le fibrome est extirpé. Puis on pratique l'évidement du pédicule au thermocautere et l'on remplace la ligature élastique par une soie ou un catgut.

1° *Myomectomie abdominale avec conservation de l'utérus.* — *Ablation bilatérale des annexes.* — Opération très rare, indiquée seulement en cas de fibrome sous-péritonéal unique.

M. Doyen range dans ce paragraphe l'ablation bilatérale des annexes, qui, dit-il, ne se pratique plus guère que comme complément de l'ablation des kystes ovariques ou ligamentaires, lorsque l'utérus est reconnu fibromateux et que l'âge avancé de la malade et l'absence de symptômes inquiétants rendent son ablation inutile.

3° *Hystérectomie abdominale totale.* — C'est l'opération de choix, elle comprend les temps suivants :

1er *temps.* — Incision de la paroi abdominale. Extraction de la tumeur, qui est attirée au-dessus du pubis. La malade est dans la position de Trendelenburg; la tumeur hors de la plaie, on introduit deux grandes compresses pour protéger le paquet intestinal.

2e *temps.* — Perforation du cul-de-sac de Douglas et préhension du col de l'utérus.

3e *temps.* — Isolement du col utérin. Le col, qui a été attiré en haut et en arrière, est séparé des dernières attaches fibreuses qui le retiennent; il se détache entièrement de la vessie et se laisse attirer verticalement en haut, abandonnant les uretères et l'arcade de l'artère utérine. Cette dernière reste très souvent intacte.

4e *temps.* — Extirpation de la tumeur. L'index gauche est immédiatement porté entre l'utérus et le bord supérieur de ligament large droit, qui est pincé et sectionné entre la pince et l'utérus. La tumeur, renversée vers l'opérateur, abandonne ses dernières connexions avec le tissu cellulaire vésico-utérin, avec le péritoine rétro-vésical et se détache de bas en haut du ligament gauche, qui est à son tour pincé et sectionné.

5e *temps.* — Hémostase du champ opératoire ; les pédicules annexiels sont écrasés et liés, puis sectionnés au-dessous de la ligature. Les artères utérines, si elles donnent, sont liées à leur tour.

6e *temps.* — Suture du péritoine pelvien. On place de chaque côté, au moyen d'une aiguille courbe, une ligature prenant la commissure vaginale, le péritoine rétro-utérin, le péritoine du pédicule annexiel, enfin le péritoine intermédiaire au pédicule annexiel et à la vessie. Puis, une suture transversale en surjet, partant de la ligature du côté droit pour atteindre celle du côté gauche, adosse étroitement le péritoine du cul-de-sac de Douglas au péritoine rétro-vésical.

7e *temps.* — La toilette du péritoine est faite avec des compresses stérilisées et le ventre refermé par une suture à deux étages, le 1er pour le péritoine et l'aponévrose à la soie, le 2e pour la peau, au crin de Florence. Un certain nombre de particularités peuvent obliger à modifier cette technique générale.

La brièveté du bord supérieur du ligament large peut créer quelques difficultés : il suffira, la bride étant reconnue avec l'index, de la sectionner entre deux longues pinces et l'utérus sera ainsi libéré.

La bascule de l'utérus au-dessus du pubis peut être entravée par la présenee de un ou plusieurs fibrômes interstitiels, siégeant sur la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus, il suffira de les énucléer pour que l'utérus vienne.

Dans les tumeurs intra-ligamentaires, il suffira d'inciser le péritoine à la surface de la tumeur, de refouler la coque péritonéale et d'énucléer le fibrôme.

L'utérus fibromateux est parfois surmonté de tumeurs annexielles, hématiques ou suppurées. Dans ces cas, on commencera par détacher les adhérences pour énucléer ensuite les tumeurs annexielles; puis, le cul-de-sac de Douglas est mis en évidence et l'utérus fibromateux est enlevé par le procédé habituel. S'il existe des fistules intestinales, elles sont suturées et, dans ce cas, M. Doyen place dans le vagin un ou deux drains de verre qui aboutissent au point le plus déclive de la cavité pelvienne.

La tuberculose des trompes et de la cavité pelvienne vient parfois s'ajouter à un fibro-myôme. En pareil cas, les annexes sont enlevées avec l'utérus par le procédé décrit plus haut.

Les fibro-myômes compliqués de cancer sont encore assez fréquents ; l'ablation abdominale totale donne d'excellents résultats ; il est, en effet, facile de disséquer les uretères et d'extirper les ligaments larges. Aussi Doyen pense que, dans ces cas, la laparotomie est bien supérieure, au point de vue des chances de non-récidive, à l'hystérectomie vaginale, qui ne permet pas une ablation aussi large des tissus dégénérés.

Enfin, on peut trouver, au centre d'un utérus fibromateux, un fœtus de 3 mois à 3 mois 1/2, macéré et près d'être expulsé. Les interventions nécessaires, myomecto-

mie, opération césarienne et ablation totale de l'utérus par la laparatomie ne méritent pas une description spéciale. Le plus gros volume des vaisseaux utérins ne complique pas l'hémostase.

Le traitement post-opératoire est très simple ; on administre un purgatif le deuxième ou le troisième jour : si la température ne dépasse pas 38°, on applique des vessies de glace sur le ventre.

Le tampon et le drain vaginal, lorsqu'ils existent, sont enlevés le deuxième ou le troisième jour.

M. Doyen termine son rapport, qui ne comprend pas moins de 35 pages, par l'exposé de ses résultats opératoires.

Il a pratiqué, avant 1891, 29 hystérectomies abdominales totales avec pédicule externe ; il a eu 3 insuccès, soit 10,4 0/0.

De 1891 à 1894, avant la position de Trendelenburg, 25 hystérectomies abdominales totales avec emploi de pinces vaginales, dont 3 insuccès.

De 1894 à 1896, un seul insuccès sur 35 opérations abdominales, soit 2,6 0/0.

Avant 1892, sur 28 hystérectomies vaginales, un seul insuccès, soit 3.5 0/0.

Enfin, depuis l'emploi de l'écraseur et la substitution des ligatures aux pinces à demeure. M. Doyen a fait 42 hystérectomies abdominales sans un seul insuccès et 23 hystérectomies vaginales avec une seule mort, chez une femme atteinte en même temps de phlébite infectieuse et d'appendicite calculeuse.

Traitement chirurgical des fibromes. — M. Schauta (de Vienne), rapporteur, base son étude sur 424 cas d'opérations ayant nécessité l'ouverture du péritoine pour des myomes utérins.

Il la termine par les conclusions suivantes :

1° Il ne faut pas opérer les myomes, à moins que les inconvénients dont ils sont cause ne cèdent pas à un autre traitement ;

2° L'hystérectomie totale vaginale doit être considérée comme l'opération la plus sûre et celle qui offre le plus de chances de succès. On la pratique dans tous les cas où la tumeur ne dépasse pas l'ombilic et peut être refoulée dans le petit bassin ;

3° L'hystérectomie abdominale totale est à recommander pour les grands myomes peu mobiles et pour les myomes entièrement ou en partie intraligamentaires :

4° Quoique l'amputation supravaginale avec traitement intrapéritonéal du pédicule puisse donner momentanément de meilleurs résultats que l'hystérectomie totale abdominale, elle doit cependant être abandonnée pour celle-ci, en vue des résultats définitifs plus favorables que dans les cas où le col n'a pas été entièrement enlevé ;

5° L'amputation supravaginale avec traitement extrapéritonéal du pédicule n'est recommandable que comme opération d'urgence, dans certains cas d'anémie grave, asphyxie, faiblesse du cœur, suppuration ou nécrose de la tumeur, pour la vitesse et la facilité de son exécution dont il importe de tenir compte ;

6° L'énucléation vaginale de myomes sous-muqueux à large base par le col dilaté ou par le fornix, après colpotomie antérieure ou postérieure, avec ou sans ouverture du péritoine, doit être restreinte, ainsi que les opérations analogues par voie abdominale, aux cas spécialement indiqués ; les myomes sont, en effet, presque toujours multiples, ce qui fait que les bons résultats ainsi obtenus sont rarement durables, et que, en outre, le danger n'est pas moindre que dans l'opération radicale avec extirpation de l'utérus ;

7° Le curettage étant un moyen incertain et non sans danger, n'est bon à employer qu'au début de certains cas de dégénérescence myomateuse ;

8° La castration pour myomes, donnant des résultats qui ne soutiennent pas la comparaison avec ceux des opérations radicales, eu égard à son incertitude et à son danger, a été peu à peu abandonnée pour celles-ci. Dans quelques cas exceptionnels, où il y a impossibilité de faire l'amputation supravaginale avec traitement extra-péritonéal du pédicule, elle peut encore être employée ;

9° L'emploi méthodique de pinces à demeure n'offre pas pour les malades des avantages qui priment ceux des ligatures, il facilite seulement l'opération dans certains cas typiques, où il se trouve justifié par un danger imminent ;

10° Pour éliminer tout danger de septicémie ou d'exsudation, le drainage de la plaie supravaginale dans l'hystérectomie totale, vaginale et abdominale, est d'une grande valeur ;

11° Quant à savoir si l'ablation des ovaires doit accompagner l'hystérectomie totale, vaginale ou abdominale, la question n'a pas encore été décidée. Aucun des deux procédés (conservation ou extirpation) ne garantit la malade contre les symptômes de la ménopause. Ces symptômes peuvent survenir immédiatement après l'ablation des ovaires, ou après des semaines et des mois, si ceux-ci n'ont pas été enlevés.

Des rapports de l'opération césarienne avec la symphyséotomie, la craniectomie et l'accouchement prématuré artificiel. — M. E. Pestalozza (de Florence), *rapporteur.* — *Accouchement prématuré.* L'accouchement prématuré provoqué est tout à fait sans danger pour la mère, pourvu que l'on se tienne scrupuleusement aux soins les plus délicats de l'antisepsie.

Il expose toujours l'enfant à de nombreux dangers, soit proches, soit éloignés.

Les dangers immédiats pour le fœtus au moment de la délivrance sont directement en rapport avec la nécessité éventuelle d'opérations obstétricales complémentaires. Les plus dangereuses parmi ces opérations sont, pour l'enfant prématuré, la version et l'extraction pelvienne. L'accouchement prématuré en présentation du vertex, spontané ou aidé par le forceps, est celui qui présente le minimum de danger.

Les dangers éloignés sont surtout en rapport avec l'âge intra-utérin du fœtus : un accouchement avant la deuxième quinzaine du huitième mois, a très peu de chance de garantir la survivance du fœtus.

L'accouchement provoqué, ne pouvant être appliqué avant la deuxième quinzaine du huitième mois, est limité aux bassins dont la C. V. n'est pas inférieure à 75 millimètres, s'il s'agit de bassins aplatis, et à 80 millimètres s'il s'agit de bassins rétrécis.

L'accouchement provoqué, pourvu qu'il soit rigoureusement tenu au-dessus de ces bornes, a beaucoup à gagner de l'application des méthodes nouvelles d'assistance, et surtout des moyens dilatants pendant la première période

de l'accouchement (Champetier et Tarnier) et de la position de Walcher pendant la deuxième période. Il faut toujours porter les plus grands soins à éviter la rupture prématurée de la poche des eaux.

L'accouchement provoqué trouve plus particulièrement son application chez les femmes primipares jeunes, ou même chez les multipares qui, à l'occasion des accouchements antérieurs, en ont déjà eu de bons résultats, ou chez ces multipares qui ont été déjà assujetties à des opérations obstétricales plus graves (symphyséotomie, opération césarienne).

Les moyens conseillés pour mieux garantir la survivance des enfants prématurés ne méritent pas une confiance aveugle, dans la question de l'accouchement provoqué pour rétrécissement du bassin. Si la vie de l'enfant devait tenir uniquement à ces moyens (couveuse, gavage) autant vaudrait renoncer tout à fait à l'accouchement provoqué dans les bassins rétrécis.

Entre les limites que nous avons indiquées, l'accouchement provoqué peut trouver son indication légitime dans les cliniques; mais il mérite certainement de conserver une application plus étendue dans la clientèle privée, en vue de la simplicité extrême de sa technique et de sa parfaite innocuité.

L'écueil le plus dangereux à éviter dans la provocation de l'accouchement prématuré est représenté par la provocation à une époque très éloignée du terme. L'expérience démontre que les erreurs par anticipation sont de beaucoup plus fréquentes et plus dangereuses pour le fœtus, que celles par provocation trop tardive.

Symphyséotomie. — La symphyséotomie doit être limitée entre des bornes bien précises, si l'on veut se soustraire aux dangers qui pourraient en compromettre la bonté des résultats.

Le but que l'accoucheur se propose en exécutant la symphyséotomie, c'est de gagner assez d'amplitude pour permettre à la tête du fœtus à terme un passage naturel ou une extraction facile, non forcée. Ce résultat peut être atteint, à la condition de ne pas dépasser, dans son application, des limites bien précises, soit de ne pas descendre au-dessous de 70 millim. de C. V. Un bassin de 70 millimètres qui a un sacrum de largeur moyenne, atteint 83 millim. par la seule projection en avant des pubis séparés, et 85 millim. si l'on tient compte de l'abaissement des pubis. Plus loin, il n'est pas possible d'arriver, à moins de dépasser la limite de 6 centim. dans le degré d'écartement, limite que la plupart des auteurs croient dangereux de dépasser. Ainsi agrandi, le bassin de 70 millim. peut encore permettre le passage à la tête d'un fœtus qui a 90 millimètres de biparietal. Les 5 millim. en défaut peuvent toujours être compensés, soit par l'engagement de la bosse pariétale antérieure entre les pubis séparés, soit par l'espace libre que le pariétal postérieur trouve au niveau d'une des symphyses sacro-iliaques, soit enfin par la réductibilité de la tête fœtale.

Il n'est pas dit que l'opération ne puisse atteindre son but même au-dessous de cette limite extrême. Mais les statistiques démontrent que, au-dessous de cette limite, les dangers pour la mère et pour l'enfant augmentent dans une proportion rapidement progressive.

Au-dessus de 70 millim. la symphyséotomie peut trouver une indication rationnelle jusqu'à 80 millim. de C. V., s'il y a lieu de compter sur un enfant de développement régulier.

Au-dessus de 80 millim. et jusqu'à 85 la symphyséotomie aura des indications relatives, seulement s'il y a le concours de certaines conditions particulières : défaut de plasticité de la tête fœtale, résultat défavorable des accouchements antérieurs traités autrement, insuffisance du forceps reconnue à la suite de quelque essai préalable.

Au-dessous de 70 millim., comme au-dessus de 85, la symphyséotomie ne doit être appliquée que s'il y a motif de se douter d'une dimension anormale de la tête fœtale, au-dessus ou au-dessous de la moyenne : c'est-à-dire dans des cas absolument exceptionnels (accouchement prématuré, accouchement tardif, enfant développé beaucoup plus ou beaucoup moins que la moyenne).

On peut trouver des indications plus rares à la symphyséotomie dans les rétrécissements du détroit inférieur, dans les tumeurs occupant l'excavation, dans les présentations du front ou de la face.

Les progrès récents de l'obstétrique opératoire nous portent à rejeter absolument l'association méthodique de la symphyséotomie avec l'accouchement prématuré, aussi bien que celle de la symphyséotomie avec l'embryotomie.

Il est toujours prudent de limiter la symphyséotomie aux multipares, et cela pour deux raisons. Avant tout, dans l'incertitude relative des moyens dont nous disposons pour la mensuration, notre conscience est bien plus tranquille sur l'exactitude de l'indication, quand nous sommes instruits par le résultat des accouchements antérieurs. Puis les dangers qui résultent de la possibilité d'une déchirure des parties molles (un des écueils de la symphyséotomie) sont beaucoup plus grands chez la primipare que chez la multipare.

La limitation aux primipares n'est pas toutefois à accepter dans un sens absolu. Les parties molles ne sont pas toujours si faciles à se déchirer : on peut d'ailleurs les préparer jusqu'à un certain degré par le colpeurynter. Il faut faire une exception toute particulière pour les primipares âgées chez lesquelles la valeur de la vie fœtale doit être estimée beaucoup plus haut que pour les jeunes.

La symphyséotomie sera formellement réservée au cas de fœtus vivant et sain. Lorsqu'on prépare une symphyséotomie, il faut protéger jusqu'au possible la poche des eaux pendant la dilatation, en ayant même recours au colpeurynter.

La symphyséotomie, bien qu'elle ne soit pas une de ces si graves opérations qui réclament presque d'une façon absolue un local exprès d'opération, entraîne toutefois des dangers et implique des responsabilités qui ne se limitent pas toujours au succès immédiat, et, quelle que soit la confiance du médecin dans son habileté opératoire, difficilement il se décidera à pratiquer la symphyséotomie dans sa clientèle privée.

Opération césarienne. — Comme les indications de l'accouchement prématuré et de la symphyséotomie s'arrêtent respectivement à 75 et à 70 millimètres, les bassins rétrécis au-dessous de 70 millimètres ne pourront de nécessité être du ressort que de l'opération césarienne ou de l'embryotomie. Rien de plus justifié que l'aspiration de l'heure actuelle, qui vient à considérer l'embryotomie sur l'enfant vivant comme une opération d'exception; si l'embryotomie doit former l'exception, l'opération césarienne

sera la règle : c'est-à-dire que au-dessus de 70 millim., l'opération césarienne trouvera une indication absolue. Au-dessus de 70 millim. il y a d'autres opérations qui sont à même de nous faire atteindre complètement le but obstétrical et d'entrer en concurrence avec l'opération césarienne ; c'est-à-dire qu'au-dessus de 70 millimètres l'on ne parlera plus d'une indication absolue, mais d'une indication relative.

L'indication absolue n'a pas besoin de justification pour ce qui concerne les intérêts de la vie fœtale. Mais pour la vie maternelle nous ne pouvons pas oublier que la mortalité de l'opération césarienne, dans les cliniques, et dans les mains des meilleurs opérateurs, varie encore entre 6 et 10 p. 100. Elle deviendrait encore plus forte si l'opération devait se divulguer dans les conditions moins favorables de la clientèle privée et de l'opérateur isolé. Et l'accoucheur qui reconnaît n'avoir pas à la portée de sa main tous les moyens pour garantir l'issue de l'opération césarienne, n'a-t-il pas raison de préférer, dans certains cas, l'embryotomie ?

Avec un bassin entre 70 et 60 millimètres, l'on aura donc le droit de parler d'une indication absolue à l'opération césarienne dans les cliniques ; mais dans la clientèle privée elle pourra laisser la place à l'embryotomie. Au-dessous de 60 millimètres, l'embryotomie elle-même présente des dangers qui peuvent égaler et surpasser ceux de l'opération césarienne, qui rentre pour cela dans ses droits, et qui reste la seule ressource possible si le bassin descend au-dessous de 50 millimètres.

L'indication relative à l'opération césarienne est beaucoup plus discutable ; elle irait de 70 à 80 millim., tout en tenant compte aussi de la variabilité des dimensions fœtales. La plus forte raison à l'appui c'est qu'en somme elle est contre-indiquée dans la symphyséotomie et l'accouchement provoqué, elle égale à peu près la première par les dangers pour la mère et devance de beaucoup le second dans les avantages pour l'enfant.

La primiparité ou pluriparité pourraient, dans ces cas, influencer notre choix entre l'opération césarienne et la symphyséotomie : il faut compter aussi sur les préférences que l'opérateur pourrait avoir pour l'une ou pour l'autre. Quant à nous, nous reconnaissons à l'opération césarienne l'avantage d'être une opération typique, et l'inconvénient de réclamer l'ouverture de la cavité péritonéale.

Cette indication relative de l'opération césarienne pourra, toutefois, trouver son application, à la seule condition que l'on soit à même d'offrir à la femme un local ou un entourage, tels qu'ils sont nécessaires à la rigueur pour toute intervention laparotomique.

Le choix entre l'opération césarienne conservatrice et l'opération de Porro doit se résoudre, en thèse générale, en faveur de la première, à moins qu'il n'existe une indication particulière à l'amputation de l'utérus. Naturellement que l'opération conservatrice aura encore plus de droit à être choisie si, au lieu d'une indication absolue, il s'agissait d'une indication relative à l'opération césarienne.

Parmi les modifications les plus récentes à la technique de l'opération césarienne, une surtout mérite une certaine attention : c'est-à-dire l'incision sur le fond de l'utérus, soit transversale, soit longitudinale (Fritsch et Caruso).

Embryotomie. — La limitation de l'accouchement prématuré provoqué, limitation pour laquelle nous nous sommes prononcés, porte toutefois de nouveau sur le terrain la question de l'embryotomie sur l'enfant sain à terme. Tous les accoucheurs n'ont pas le courage d'exposer la femme aux dangers inséparables d'une symphyséotomie ou d'une opération césarienne. Tous les locaux ne sont pas adaptés pour ces opérations. Toutes les femmes ne se prêteraient pas de bon gré à une opération si sérieuse. Ces difficultés, on les rencontre plus rarement dans les maternités, mais assez souvent en ville.

Si le C. V. ne descend pas au-dessous de 70 millim., l'accoucheur a l'habitude de faire quelque essai prudent d'extraction, qui, s'il n'est pas couronné par le succès, dégage la responsabilité de l'opérateur et, en plaçant le fœtus dans des conditions de souffrance, justifie de suite l'embryotomie.

Si toutefois le C. V. est au-dessous de 70 millim., il est trop facile de prévoir l'insuccès de toute tentative d'extraction de l'enfant sans mutilation. Qui ne peut ou ne veut pas avoir recours à l'opération césarienne se trouvera, dans ce cas, dans la nécessité de pratiquer l'embryotomie, même sur l'enfant sain.

Un des moyens les plus efficaces pour restreindre la nécessité de l'embryotomie sur l'enfant sain nous sera donné par l'hospitalisation des femmes en couches. Dans une maternité, la plupart des objections à l'opération césarienne ou à la symphyséotomie cessent d'elles-mêmes. En ville, avec un diamètre antéro-postérieur entre 70 et 60 millim. l'on ne peut pas renoncer, d'une façon absolue, à l'embryotomie. Au-dessous de 60 millimètres, l'embryotomie elle-même se fait si difficile et si dangereuse que cela justifie la préférence pour l'opération césarienne.

Si, la femme étant saine, l'enfant souffre ou est mort, les indications fournies par le rétrécissement à l'égard des différentes opérations sont nécessairement modifiées.

Nous dirons avant tout que, de ce point de vue, l'enfant souffrant équivaut à l'enfant mort. Quand la souffrance fœtale, surtout par asphyxie, a atteint un degré tel qu'elle donne des symptômes évidents, qui voudrait encore penser à une symphyséotomie ou à une opération césarienne ? à moins que, pour l'opération césarienne, il ne s'agisse d'un rétrécissement au-dessous de 50 millimètres.

C'est ici que l'embryotomie rentre dans tous ses droits, soit que la souffrance se soit présentée spontanément, soit qu'elle soit survenue à la suite de tentatives infructueuses d'extraction. Tout au plus, si le rétrécissement n'est pas au-dessous de 70 millim., il sera prudent, avant que de recourir à l'embryotomie, de faire une dernière tentative prudente d'extraction dans la position de Walcher (forceps ou version).

Si enfin l'enfant est sain, mais la femme souffre, l'accouchement provoqué pourra encore trouver dans la souffrance maternelle une nouvelle indication. Mais jamais on ne devra pratiquer la symphyséotomie sur la femme malade, ou sur celle à qui le travail aura causé des altérations (fièvre, albuminurie, urines sanglantes, œdèmes étendus, éclampsie). Les mêmes limitations s'appliquent à l'opération césarienne, pourvu qu'il ne s'agisse pas de degrés plus avancés de rétrécissement.

Et alors, la femme étant malade, l'on devra, par nécessité, avoir recours à l'embryotomie : non pas, cela se comprend, sans avoir d'avance essayé, dans les limites du possible, les différents moyens de l'extraction sans mutilation.

De l'indication de l'opération césarienne, considérée en rapport avec celle de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel. — M. le Dr Fancourt-Barnes (de Londres) pense que l'on peut étendre les limites de l'indication de l'opération césarienne parce que la mortalité, qui était 81,2 p. 100 avant 1880 (statistique de Harris, 138 cas) a baissé jusqu'à 8 p. 100 (Léopold, 50 cas) et 6,8 p. 100 (Olshausen, 29 cas). Ce résultat est entièrement dû à l'amélioration de la technique dans les opérations abdominales et à la suture utérine. Olshausen et Léopold ont prouvé que la résistance de la cicatrice dans la paroi utérine contre l'extension dans une grossesse ultérieure est suffisante. La diminution de la mortalité de l'opération césarienne est une des causes pour étendre ses limites, et pour l'appliquer dans des cas où autrefois la craniotomie aurait été indiquée.

D'autre part, la perforation d'un enfant vivant est considérée comme indigne de la haute position que l'obstétrique moderne doit avoir. On veut une opération par laquelle l'enfant aussi bien que la mère puisse être sauvé, pour admettre la craniotomie seulement dans le cas où l'enfant serait déjà perdu.

Si l'on veut éviter la craniotomie (de l'enfant vivant) on peut provoquer l'accouchement prématuré ou faire soit la symphyséotomie, soit l'opération césarienne.

La mortalité de la mère dans l'accouchement prématuré artificiel ne dépasse pas 1 à 2 p. 100, celle de l'enfant au contraire atteint 33 p. 100, résultat déplorable mais fatal:

1° Parce que l'enfant est délicat et souffre trop dans le travail.

2° Parce que la fréquence des interventions à cause de présentations vicieuses et d'inertie utérine est très grande.

3° Parce que beaucoup de ces enfants périssent dans les premières semaines de la vie extra-utérine.

Ainsi, l'accouchement prématuré artificiel, presque inoffensif pour la mère, ne donne que des résultats médiocres pour l'enfant. En outre, on manque souvent l'occasion de provoquer l'accouchement prématuré parce que la grossesse est trop rapprochée du terme.

La symphyséotomie et l'opération césarienne ont une prognose beaucoup meilleure pour l'enfant.

La symphyséotomie n'est indiquée que dans les cas où le bassin est trop vicié, parce que l'agrandissement de la distance promonto-sus pubienne ne pourra dépasser 1,3 centimètres sans lésions des articulations sacro-iliaques. Quand on applique le forceps, la dilatation ultérieure du bassin n'est pas à prévoir, les lésions des parties molles ne peuvent être contrôlées par l'opérateur. On ne peut considérer l'opération comme une opération définitive, elle est seulement une opération préparatoire. La mortalité est très grande. Neugebauer a compté sur 108 cas (avant 1860) une mortalité de 36,1 p. 100 pour les mères, de 44,4 p. 100 pour les enfants. Dans les mains habiles de Pinard la mortalité (de l'année 1892 jusqu'à 1896) était 10,84 p. 100 pour les mères, 14,5 p. 100 pour les enfants, précisément le double de celle de l'opération césarienne.

Ainsi l'opération césarienne semble être l'opération de choix. Elle peut être faite dans tous les cas, indépendamment de la cause de la dystocie, elle peut être combinée à d'autres opérations comme l'enlèvement de tumeurs utérines ou extra-utérines ; quand la cause de la dystocie ne peut être enlevée, elle permet de stériliser et de sauver la mère des dangers d'une grossesse ultérieure ; elle est sans aucun doute le moyen le plus expéditif pour vider l'utérus dans les cas d'urgence ; enfin la mortalité pour la mère, aussi bien que pour l'enfant, est moindre que celle de la symphyséotomie, et les résultats deviennent toujours meilleurs.

Pendant les dix premières années l'opération césarienne ne fut faite *aucune fois* sur 40.000 cas d'accouchements dans la Royal Maternity Charity à Londres. La cause est la fréquence minime des viciations pelviennes à Londres, sans doute due aux conditions hygiéniques assez bonnes et toujours améliorées de la population pauvre de la capitale.

De ces 40.000 accouchements, 228 (5 0/0 des cas) furent terminés par une application du forceps. Des 228 mères il en mourut une. La version fut faite dans 52 cas, une mère mourut. La craniotomie fut exécutée seulement 14 fois.

Ces chiffres, contrôlés par le Registrar general of births, deaths and marriages, sont absolument corrects et prouvent la rareté des viciations pelviennes.

L'auteur conclut en disant :

I. Que la symphyséotomie n'a pas prouvé sa raison d'être et il croit que les éminents accoucheurs qui ont fait son éloge l'abandonneront dans l'avenir.

II. L'accouchement prématuré artificiel aura, dans certaines limites, toujours une place attitrée et utile dans les opérations obstétricales.

III. Après une étude attentive des dernières publications sur l'opération césarienne, on est forcé de convenir qu'elle est une opération scientique et justifiée et qu'elle sera exécutée à l'avenir, grâce à l'avancement de la science obstétricale, dans beaucoup plus de cas qu'autrefois.

L'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus. — M. le Dr J.-L. Faure (de Paris). Il est certain que la chirurgie du cancer de l'utérus est peu encourageante. Je crois cependant qu'avec l'hystérectomie abdominale totale nous avons des chances un peu plus grandes, encore que bien précaires, d'obtenir des résultats meilleurs que par l'hystérectomie vaginale.

Il est en effet de toute évidence qu'elle permet des opérations plus larges, et qu'on peut, par l'abdomen, enlever facilement des portions du vagin envahies et des ganglions dégénérés.

Je pense que les petits cancers limités au col utérin et qu'on surprend à leur début peuvent être opérés cependant par la voie vaginale, qui, tout en ayant quelques chances de réussite définitive, est évidemment moins grave que la voie abdominale.

Pour les cancers du corps de l'utérus, je crois que le procédé le meilleur est le procédé de Kelly. Il faut absolument les enlever sans ouvrir l'utérus.

Pour les cancers du col, j'emploie la section médiane de l'utérus, procédé que je considère comme supérieur aux autres. Le reproche qu'on lui fait de sectionner et de morceler le néoplasme n'a qu'une importance secondaire, puisque fatalement, dans toute extirpation, le col se déchire et se morcelle, quel que soit le procédé employé. Il a, en revanche, l'avantage de conduire sûrement dans le vagin, sans recherches prolongées et de mettre plus parfaitement à l'abri d'une blessure des uretères. On sait en effet où les trouver, puisqu'on les aborde ainsi toujours de dedans en dehors.

Je crois que cette opération donnerait des résultats meilleurs si on pratiquait au préalable la ligature des hypogastriques, qui a d'ailleurs été faite dans ces conditions, non pour économiser du sang, ce qui a bien son importance, mais pour n'être pas gêné par l'hémorragie et pour disséquer plus facilement la région malade. Je crois également qu'il y aurait avantage à faire, non pas une ligature définitive de ces vaisseaux, mais une ligature temporaire, comme je l'ai proposé ailleurs. La dissection finie, on rétablit le cours du sang; ce qui permet une réparation plus rapide des tissus.

J'ai fait 5 hystérectomies abdominales pour cancer de l'utérus. Je ne compte pas deux malades chez lesquelles le cancer était accompagné d'un volumineux fibrome. Sur ces 5 malades, j'ai eu 2 morts ; la première, opérée le 5 août 1896, est une des premières faites en France, la seconde avait le petit bassin entier tapissé par le néoplasme et l'opération est restée inachevée.

Sur les trois malades guéries, une, qui était âgée de 32 ans, a récidivé ; une autre, opérée depuis quatre mois pour un cancer inopérable par la voie vaginale, n'a pas trace de récidive. La dernière, opérée depuis onze mois, est en parfait état de santé. Ce résultat est d'autant plus remarquable que, chez cette malade, dont le cancer était avancé, j'ai dû réséquer le vagin, disséquer les deux uretères sur une hauteur de 10 centimètres, mettre à nu les vaisseaux hypogastriques des deux côtés, et enlever des ganglions pelviens.

C'est là un résultat très beau et il est certain qu'une hystérectomie vaginale eût été incapable de le donner.

Hystérectomie abdominale par incision médiane de l'utérus dans les cas de cancer inopérable par le vagin. — M. le Dr Bilhaut (de Paris) — Dans les observations que je viens de rapporter, j'ai été frappé de la facilité et de la rapidité avec lesquelles on arrive à enlever l'utérus et les annexes, en ayant recours à la section médiane.

Aucune hémorragie ne se produit au cours de l'intervention. Grâce à l'écrasement des ligaments larges, on peut poser une ligature, qui donne toute sûreté au point de vue de l'hémostase définitive.

Dans les cas que je viens de signaler, aucune opération autre que l'hystérectomie n'était réellement utile. Or, je suis maintenant convaincu que l'hystérectomie abdominale, pratiquée par section médiane, comme je viens de l'indiquer, est une opération réellement bonne. A en juger par la facilité avec laquelle les malades ont supporté le choc opératoire, je suis actuellement porté à croire que cette opération est bénigne, quand elle n'est pas accompagnée de dégénérescence ou de suppuration des annexes.

Au point de vue des résultats, elle m'a donné plus de satisfaction que l'hystérectomie vaginale ; je la juge plus facile à réaliser que cette dernière opération, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'un col friable, et, partant, d'un utérus qu'on ne peut aisément saisir.

Grâce à ce procédé opératoire, on peut non seulement prolonger l'existence des malades frappées de cancer utérin, mais encore améliorer d'une manière inespérée celles, qu'il y a quelques mois, j'eusse considérées comme inopérables. En effet, après l'intervention, je vois les forces se relever, la fétidité disparaître, et les malades reprendre assez d'énergie vitale pour croire elles-mêmes à une guérison durable.

C'est là un côté psychique dont le chirurgien ne doit jamais se désintéresser.

L'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. — M. le Dr J.-L. Faure, (de Paris). Le traitement des suppurations annexielles par l'hystérectomie abdominale totale gagne tous les jours du terrain. Il est certain que la voie abdominale permet de faire des opérations beaucoup plus complètes et beaucoup plus sûres que la voie vaginale. Par cette dernière on laisse souvent les annexes malades, alors que la voie abdominale permet de nettoyer complètement et parfaitement le petit bassin le plus encombré de poches suppurées.

D'autre part, dans les cas graves, lorsqu'on se trouve en présence de suppurations aiguës et récentes, l'hystérectomie vaginale permet d'obtenir des guérisons presque miraculeuses, alors qu'une intervention abdominale serait presque certainement suivie de mort.

J'ai donc actuellement une tendance très nette à employer l'hystérectomie abdominale dans les cas de lésions bilatérales chroniques, en dehors de poussées aiguës, et lorsque, en un mot, les annexes ne semblent pas être le siège de lésions d'une virulence excessive.

Dans les lésions aiguës qui paraissent commander une intervention immédiate, lorsqu'on a des raisons de croire à la gravité possible d'une inoculation péritonéale, c'est à l'hystérectomie vaginale que je donne la préférence.

Au point de vue technique, j'ai toujours employé le procédé que j'ai décrit, et qui consiste, après avoir sectionné l'utérus sur la ligne médiane du fond sur le col, et pénétré ainsi facilement et sûrement dans le vagin, à enlever séparément, après section de l'insertion vaginale du col, chaque moitié utérine, avec les annexes qui lui sont fixées. L'extirpation de la moitié utérine et des annexes correspondantes se fait ainsi de chaque côté, de bas en haut, et les annexes peuvent être décollées par-dessous, ce qui, au point de vue des facilités opératoires, a une très grande importance.

Dans les cas faciles, lorsque les annexes sont peu adhérentes, ce procédé est extrêmement simple. Mais dans ces conditions, tous les procédés sont faciles. C'est dans les cas très compliqués que sa supériorité est incontestable, et j'estime qu'il permet alors d'enlever des masses annexielles à peu près inopérables par les autres procédés.

J'ai opéré jusqu'ici quatorze malades, dont cinq au moins présentaient des lésions extrêmement compliquées. Une de ces dernières a succombé, toutes les autres ont guéri dans les meilleures conditions,

Du raccourcissement des ligaments larges et des ligaments ronds dans la rétroversion de l'utérus. — M. H. Delagénière (Le Mans).— Le raccourcissement des ligaments larges ou des ligaments ronds ne doit pas chercher à remédier seul à la rétroversion. On doit concevoir ces opérations comme des opérations auxiliaires, venant apporter leur appoint à d'autres opérations, telles que la salpingo-oophorectomie, ou la colpo-périnéorraphie.

On doit d'abord étudier si la rétroversion est réductible, ou au contraire irréductible. Dans le premier cas, l'opération sera extra-péritonéale; dans le second, elle sera intra-péritonéale.

L'opération extra-péritonéale portera sur l'utérus, le vagin et les ligaments ronds. L'utérus sera curetté; au besoin, on fera l'amputation du col et même, si le volume de

l'organe est augmenté, s'il y a des noyaux fibreux, on fera la ligature des artères utérines. Le vagin sera restauré avec soin; suivant les cas, on fera une colpo-périnéorraphie ou simplement une périnéorraphie. Enfin on terminera par l'opération d'Alexander, c'est-à-dire par le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds.

L'opération intra-péritonéale traitera d'abord les adhérences qui retenaient l'utérus, puis remédiera aux lésions annexielles, enfin cherchera à corriger la rétroversion en raccourcissant les ligaments larges ou les ligaments ronds. Les ligaments ronds seront raccourcis, lorsqu'il y a rétrodéviation simple sans début de prolapsus. Au contraire, quand l'utérus paraît s'enfoncer dans le bassin, on fera le raccourcissement des ligaments larges. Les opérations intra-abdominales n'empêchent pas du reste les opérations sur le périnée si elles étaient jugées nécessaires.

Nous apportons ici 33 observations, dont 15 extra-péritonéales et 18 intra-péritonéales. Parmi les 15 premières, qui ont toutes subi l'opération d'Alexander, toutes aussi ont été curettées; 14 ont subi l'amputation du col, 11 la périnéorraphie, 2 la colporraphie antérieure, enfin 2 la ligature des artères utérines.

Les 18 autres malades se divisent en 9 opérations sur les ligaments larges et 9 sur les ligaments ronds. Toutes ont subi, en même temps que la décortication de leur utérus, la résection bilatérale de leurs annexes.

Ces 33 malades ont parfaitement guéri de leurs opérations; le résultat immédiat a été excellent et s'est maintenu très bon chez toutes celles que nous avons revues.

La technique opératoire n'offre rien de particulier; cependant nous préconisons notre procédé personnel pour le raccourcissement des ligaments larges, celui de Ruggi pour les ligaments ronds, celui de Kocher modifié (en ce sens que nous employons les fils de bronze aluminium de Socin pour les sutures perdues) pour l'Alexander. Enfin, pour la périnéorraphie, nous employons le procédé de Lawson Tait, en poursuivant le dédoublement très largement jusqu'au péritoine du cul-de-sac de Douglas. Enfin, au lieu de fils séparés, nous faisons un capitonnage soigné avec un surjet de catgut.

De la mobilité des articulations pelviennes et de l'influence de l'attitude de la femme sur la capacité des divers étages du bassin. — M. PINZANI (Pise), co-rapporteur. — Il n'est plus douteux que le *conjugué vrai* s'agrandit progressivement chez une femme qui prend successivement la position de la taille, la position obstétricale et celle de Walcher. Seulement il y a désaccord entre les auteurs au sujet de l'agrandissement. Or, j'ai examiné 62 femmes pendant l'état puerpéral dans la position de Walcher et voici les résultats auxquels je suis arrivé :

1° *Diamètres antéro-postérieurs.* — Sur 102 femmes, dans la deuxième semaine des couches, quelques-unes dans une période avancée de la grossesse, j'ai mesuré le diamètre promonto-sous-pubien dans la position de la taille, dans la position obstétricale et la position de Walcher. En changeant la première position pour la troisième, j'ai trouvé une augmentation de 7,5 en moyenne, de 17 au maximum, de 2 millim. au minimum. Entre la première et la seconde position la différence fut de 1,9 en moyenne, de 5 au maximum, de 0 millim. au minimum. Entre la seconde et la troisième position (101 observ.), l'augmentation fut de 6,1 en moyenne, de 12 au maximum de 2 millim. au minimum.

La mensuration sur 5 cadavres donna des chiffres moins élevés.

L'augmentation du conjugué vrai correspond-elle à celle du conjugué diagonal? Sur les 5 cadavres la différence entre le promonto-sus-pubien et le promonto-sous-pubien était la même dans les trois positions.

Dans les bassins viciés j'ai trouvé que la différence du conjugué diagonal dans la position obstétricale et dans celle de Walcher est en moyenne de 8,7 millimètres, c'est-à-dire supérieure à la différence moyenne générale.

2° Le *diamètre coccy-pubien* se raccourcit plus que le conjugué ne s'allonge; par le changement de la position de la taille en position obstétricale, ce diamètre diminue en moyenne de 5,6 millimètres, et 9,2 millimètres en changeant cette dernière position contre celle de Walcher. La différence moyenne entre les deux positions extrêmes a donc été en moyenne de 14,8 millimètres et a oscillé entre 26 et 9 millimètres.

Naturellement, le diamètre antéro-postérieur de la partie large de l'excavation ne change pas ou presque pas.

3° *Diamètres transverses.* — Sur 127 femmes en couches, j'ai trouvé que dans la position de Walcher la distance des épines iliaques antéro-supérieures et celle des crêtes sont restées les mêmes dans 24 cas; elles ont diminué daus 22 et augmenté (en moyenne de 5 millimètres) dans 81 cas. Mêmes résultats sur le cadavre. Aussi je pense que le mouvement du sacrum n'est pas exactement opposé à celui que l'on voit dans les bassins rachitiques, car dans la position de Walcher la partie postéro-inférieure des os iliaques est tirée par les ligaments vers la ligne médiane, et la partie postéro-supérieure fait un mouvement en sens inverse. La conséquence de ce mouvement est une tendance à l'augmentation du diamètre transverse du détroit supérieur, et sur 5 cadavres, par le changement de la position de la taille en celle de Walcher, j'ai trouvé une augmentation de ce diamètre de 3,2 millimètres en moyenne, de 4 millimètres au maximum, de 2 millimètres au minimum.

Traitement opératoire des annexites. — M. HARTMANN. Mes interventions pour annexites, du 1er octobre 1896 au 1er juillet 1899, comprennent 72 cas, se décomposant en :

40 castrations abdominales totales, dont 26 pour lésions suppurées :

22 opérations abdominales conservatrices, comprenant 15 ablations unilatérales d'annexes (7 fois suppurées), 2 ignipunctures d'ovaires kystiques, 1 excision partielle d'ovaire, 2 libérations d'annexes adhérentes avec redressement de l'utérus, 2 incisions abdominales de salpingite suppurée;

10 colpotomies postérieures pour annexite suppurée.

Les 72 interventions ont donné un mort, soit une mortalité de 1,38 %, mortalité très faible. Si nous envisageons exclusivement les opérations abdominales, nous voyons que 62 cœliotomies n'ont donné qu'une mort, soit une mortalité de 1,61 %. Je ne crois pas que l'on puisse espérer beaucoup mieux que ce que j'obtiens actuellement.

Les résultats immédiats de la voie abdominale sont donc excellents; quant aux résultats éloignés, je puis vous

affirmer qu'avec les modifications apportées actuellement à l'opération, ils sont parfaits.

Je crois donc pouvoir conclure aujourd'hui, non plus à la limitation des indications de la voie vaginale dans le traitement des annexites, mais au rejet absolu de cette voie qui a marqué une étape dans la marche de la gynécologie, mais qui, aujourd'hui, me semble distancée, d'une manière manifeste, par l'opération abdominale modifiée.

La colpotomie postérieure seule, en tant que voie vaginale, reste indiquée pour ouvrir les grosses collections facilement accessibles. Elle suffira dans un certain nombre de cas pour amener la guérison, elle ne sera dans d'autres que le premier temps d'une opération plus complète, abdominale cette fois, lorsqu'elle aura laissé après elle des lésions nécessitant une deuxième intervention.

Action résolutive des courants de haute fréquence et de haute tension sur les hyperplasies congestives de l'utérus. — M. Doumer (Lille). Voici deux observations relatives l'une à une métrite aiguë hémorragique, l'autre à une hypertrophie chronique du corps utérin traitées l'une et l'autre par des applications intra-utéritnes ou simplement cervicales de courants de haute fréquence et de haute tension. Je me suis servi pour cela d'un simple hystéromètre métallique, isolé dans son trajet vaginal à l'aide soit d'un tube en verre, soit d'un tube en caoutchouc, et relié métalliquement à la borne du résonateur de haute fréquence. Indépendamment de leur action sur la douleur et sur l'aménorrhée, ces courants possèdent des propriétés résolutives manifestes à l'égard des hyperplasies congestives. Ce traitement ne donne lieu à aucune sorte de sensation et ne provoque pas de réaction. Il facilite la gynécologie conservatrice.

Traitement des fistules gynécologiques spontanées et post-opératoires. — M. Doyen (Paris). Les progrès de la technique chirurgicale permettent aujourd'hui de guérir sans exception les fistules gynécologiques.

Les procédés qui permettent la guérison de ces fistules étant précisément les mêmes que l'on doit employer pour obtenir, au cours des opérations, la réparation immédiate des plaies de l'intestin, de la vessie ou de l'uretère, ces lésions, qui sont une des infirmités les plus pénibles de la femme, doivent complètement disparaître.

Injections sous cutanées de bleu de méthylène chez les femmes enceintes. — M. Ph. Van de Velde (d'Amsterdam) a fait de nombreuses injections de bleu de méthylène chez des femmes enceintes et accouchées, et a constaté que le procédé de MM. Achard et Castaigne est d'une valeur réelle pour la juste estimation d'une albuminurie gravidique.

Dans l'éclampsie ce procédé peut donner des renseignements très utiles pour le diagnostic des complications, pour la thérapeutique, mais surtout pour le pronostic.

D'autre part, M. Van de Velde a contrôlé le passage du bleu dans le contenu de la matrice. Dans le liquide amniotique il n'a jamais vu du bleu, mais nettement du chromogène, tandis que l'urine des enfants contenait plusieurs fois du bleu. De ces faits, en rapport avec d'autres observations, il conclut que, même dans les derniers jours de la grossesse, le rôle de la mère dans la production du liquide amniotique est plus important que celui du fœtus. Enfin dans un cas d'hydrorrhée, le liquide hydrorrhéique contenait du chromogène, tandis que le liquide amniotique n'en contenait pas de trace.

Accouchement et néphrite. — M. Alexandre Favre (de la Chaux de Fonds) a constaté en suivant 13 cas traités antérieurement à leur grossesse pour des affections néphrétiques, que les deux premiers jours après l'accouchement la température oscilla au-dessous de 37° pour monter le 3e jour à 38° et plus. L'albuminurie augmentait graduellement jusqu'au 3e jour. Le 3e jour, ces femmes présentaient des symptômes d'urémie ou de pseudo-urémie assez marqués, soit : céphalalgie, nausées, troubles de la vue éventuels, malaises ; de sorte que l'on ne peut admettre que ces montées de température soient de nature autre que des symptômes de pseudo-urémie et non pas, comme on l'admettait souvent, des montées de lait.

Le vagissement intra-utérin comme moyen de prévenir l'asphyxie du fœtus pendant le travail. — M. Rapin (de Lausanne). Le vagissement intra-utérin, *vagitus uterinus*, est un phénomène relativement rare. Signalé pour la première fois par Beaudelocque, il fut observé dès lors par Huguier, Depaul, Hubert (de Louvain), Heyfelder, von Winckel, Spiegelberg, Schulze, Murisier, nous-même et d'autres. Il ne se présente que dans des cas anormaux, à la suite de l'introduction accidentelle de l'air dans la cavité utérine au cours de diverses opérations obstétricales.

La rareté du phénomène explique, en partie, le fait qu'on n'a pas jusqu'ici essayé de faire pénétrer artificiellement de l'air dans l'utérus pour favoriser sa production, ou, tout au moins, pour permettre au fœtus de respirer dans la cavité utérine dans les cas où l'asphyxie est à craindre. Peut-être aussi la crainte de la pénétration de l'air dans les veines de l'utérus et l'embolie gazeuse qui en est la conséquence a-t-elle retenu les accoucheurs. La crainte de la présence de l'air sur les plaies, telle qu'elle existait il y a 25 ans, à la suite des théories régnantes de l'époque, et enfin le souvenir des cas de physométrie survenant au cours de certains accouchements négligés et de longue durée, dans lesquels la pénétration de l'air dans l'utérus provoquait la décomposition du liquide amniotique et la septicémie, n'étaient pas faits pour encourager les essais de ce genre.

L'idée d'introduire de l'air dans l'utérus pour prévenir l'asphyxie de l'enfant, dans les cas où celui-ci en est menacé pendant le travail, m'a hanté dès le jour où j'ai eu connaissance du cas de vagissement utérin observé par M. Murisier de La Sarraz, et que j'ai publié dans le numéro de janvier 1899 de la *Revue médicale de la Suisse romande*. Je me promis de l'essayer dans le premier cas qui se prêterait à une expérimentation de ce genre, et j'y ai eu recours 3 fois.

Ces 3 cas sont loin d'être probants, et leur nombre est absolument insuffisant pour démontrer l'utilité, dans certains cas spéciaux, de l'introduction de l'air dans l'utérus. Si je me suis décidé à les publier sans attendre d'en avoir recueilli un plus grand nombre, c'est afin de provoquer, de la part de mes collègues, des essais analogues et l'expérimentation d'une méthode nouvelle dont la valeur ne pourra être appréciée que lorsqu'on aura rassemblé un chiffre assez considérable d'observations pour permettre de comparer les résultats obtenus avec ceux que donnent les cas analogues traités en suivant les indications habituelles.

Malgré les circonstances très défavorables dans lesquelles j'ai pratiqué ces trois premiers essais (disproportion considérable entre le volume du fœtus et les dimen-

sions du bassin rétréci, défaut de vigueur ou développement incomplet du fœtus), je dois relever le fait encourageant que les enfants sont tous nés vivants ou ont pu être rappelés à la vie. S'ils n'ont pu être conservés vivants, c'est que les causes de la mort dépendaient de la gravité de l'accouchement ou de circonstances n'ayant aucun rapport avec la méthode d'insufflation.

Dans les trois cas, le procédé employé n'a entravé en aucune façon ni les douleurs, ni l'expulsion de l'enfant, ni la marche régulière des couches.

En ce qui concerne le fœtus, le procédé n'a paru produire aucun inconvénient de quelque nature que ce soit; par contre, je relève le fait qu'aucun des enfants n'avait les voies respiratoires obstruées par des mucosités et du liquide amniotique, circonstance qui facilite considérablement l'établissement de la respiration naturelle et constitue un auxiliaire important de la respiration artificielle.

Si ce seul fait restait acquis, l'insufflation intra-utérine aurait droit de cité parmi les procédés obstétricaux.

Les objections que l'on pourrait faire à la méthode sont les suivantes : 1° danger d'infection ; 2° danger de distension exagérée de l'utérus; 3° danger de pénétration de l'air dans la circulation maternelle; 4° difficultés techniques.

1° Le danger d'infection existe comme dans toutes les opérations obstétricales, même les plus minimes. Le moyen de l'éviter est l'antisepsie absolue sur laquelle il est inutile d'insister ici. La désinfection de l'air à injecter n'est pas un problème insoluble. Il suffit d'employer des instruments aseptiques, — seringue ou insufflateur, — et de les remplir d'air en faisant passer celui-ci à travers une couche d'ouate stérilisée. L'emploi de l'oxygène pourra peut-être remplacer l'air avantageusement, tout en garantissant mieux de l'infection.

2° Le danger de distension de l'utérus est très facile à éviter, il suffit de n'injecter à la fois que 500 à 600 cent. cubes d'air. De plus, la nature se charge de diminuer ce danger. A chaque contraction, si l'utérus est trop rempli, le gaz s'échappe.

3° Le danger de l'embolie gazeuse est certainement la plus grave des objections qui puissent être présentées. Je crois cependant qu'il ne faut pas l'exagérer. Le danger existe surtout pendant et après la délivrance. Avant l'expulsion, l'utérus est tapissé par le placenta et les membranes, et l'air que nous injectons pénètre dans la cavité amniotique, par conséquent n'est pas en contact direct avec la paroi utérine.

4° Les difficultés techniques n'existent pas. Cela me paraît découler de la manière de procéder que nous décrivons ci-dessous.

Manuel opératoire. — Aucun instrument nouveau n'est nécessaire, il suffit d'une sonde urétrale en gomme n° 20 à 25, à laquelle on adapte un tube de caoutchouc de 10 à 15 centimètres, d'une pince hémostastique pour assurer l'occlusion du tube de caoutchouc, et enfin d'une seringue de 100 à 200 grammes (à ce défaut, d'un insufflateur à colpeurynter).

Toutes les précautions antiseptiques sont prises pour les instruments, l'opérateur et la parturiente. On introduit 15 à 20 centimètres de sonde dans l'utérus, en passant du côté du plan antérieur du fœtus, puis on remplit d'air la seringue en faisant passer celui-ci à travers une couche d'ouate aseptique tenue dans la main. La seringue est ajustée au tube de caoutchouc et on pousse le piston lentement, entre les douleurs. On pince le tube pour enlever la seringue, la remplir à nouveau et injecter l'air autant de fois qu'il est nécessaire.

A mesure que l'air pénètre dans l'utérus, le liquide amniotique s'écoule, et enfin quelques bulles d'air sortent par la vulve. A chaque contraction un peu de gaz s'échappe; il faut le remplacer. La percussion permet de se rendre compte de la présence, plus ou moins grande du gaz dans l'utérus. La quantité d'air injecté a été de 500 à 600 cent. cubes et n'a jamais dépassé 1 litre. Si, pendant une version ou toute autre opération, l'air s'échappe en entier, un aide peut se charger d'en réintroduire.

Indications. — Quelles sont les indications et contre-indications de la méthode d'insufflation intra-utérine?

L'avenir se chargera de les préciser, car la présente publication ne peut avoir d'autre caractère que celui d'une communication provisoire.

Cependant nous pouvons recommander son emploi : 1° dans tous les cas de procidence du cordon; 2° dans les présentations de l'extrémité pelvienne. lorsque le travail ne marche pas rapidement et qu'il y a quelque obstacle du côté du bassin ou des parties molles ; 3° dans les présentations de l'épaule au début de la version, ou après que les genoux ont été amenés à la vulve.

Contre-indications. — 1° mort du fœtus ; 2° phénomènes septiques pendant le travail ; 3° peut-être placenta *prævia* (?)

Amputation anaplastique du col, grossesses et accouchements ultérieurs. — M. Chaleix-Vivie (de Bordeaux) soumet au Congrès sa statistique personnelle. Elle porte seulement sur 17 femmes opérées par lui et qui ont eu plus tard des grossesses pour la plupart normales, à terme et heureusement terminées. Mais elle a quelque valeur documentaire, en ce sens que toutes les femmes ont été opérées avec la même technique et les mêmes soins ante et post-opératoires ; pour la plupart, il a suivi lui-même la marche et la terminaison des grossesses consécutives. Ces 17 femmes ont eu, après l'opération, 23 grossesses dont 4 terminées prématurément (1re, surmenage sportique; 2e, tuberculose ; 3e, avortement criminel ; 4e, accouchement provoqué pour bassin rétréci) et 19 à terme. Ces 19 grossesses ont donné lieu à 17 présentations du sommet, 1 siège et 1 épaule chez une 3-pare et une 4-pare. Sauf en un seul cas, la rupture de la poche des eaux s'est faite à une période avancée du travail. La dilatation a toujours été très rapide, sa durée a varié de 3 à 9 heures. Le travail a été chez plusieurs femmes beaucoup plus rapide que dans les accouchements antérieurs. Sur 19 enfants à terme, 17 sont arrivés vivants ; 2 morts; 1 pendant une application de forceps (primipare de 46 ans, double circulaire du cordon) ; 1 plusieurs jours avant le début du travail.

L'amputation doit porter assez haut pour enlever tous les éléments malades. Le procédé de Schrœder est préférable, parce que seul il permet l'ablation de la muqueuse intra-cervicale altérée. Guidée par une bonne technique, rigoureuse dans ses moindres détails avant, pendant et après l'opération, l'amputation anaplastique du col n'exerce aucune influence funeste sur la durée de la grossesse, la marche de la dilatation, la rupture de la poche des eaux et la nature des présentations.

Nomenclature obstétricale. — Le congrès d'Amsterdam a nommé une commission internationale, pour fixer la nomenclature obstétricale, ainsi composée : M. Treub, président ; MM. Bar, La Torre, Rapin, Queirel, de Rein, Davis Edwards, Simpson, Freund. La commission a nommé rapporteur M. Bar, qui présentera son rapport à la section d'obstétrique du congrès de 1900,

VARIÉTÉS

Pronostication académique (1).

Pour entrer à l'Académie
Il faut de nombreux partisans ;
En pathologie, en chimie,
Des titres seuls sont impuissants.

Ayez d'abord table garnie ;
Un bon titre, c'est celui-là :
Des savants flattez la manie,
Vantez ceci, louez cela.

Des candidats pesons les chances
Pour la prochaine élection ;
Vérifions bien nos balances,
Avant la nomination.

Quelqu'un m'a dit : « Changez de style,
« Vous êtes trop indépendant. »
Changer de style est difficile,
Le style est le tempérament.

Commenge a des titres notoires,
(Du dispensaire ex-justicier) ;
Galippe a pour lui..... les mâchoires,
Il est dentiste..... un bon métier !

C'est Vérité, c'est Béni-Barde,
C'est Corlieu, c'est Galezowski :
Comme savant d'arrière-garde
Les Immortels nommeront : *Qui* ?

Vérité dit : « Je suis votre homme » ;
Galezowski tient un bon bout ;
Béni souhaite qu'on le nomme ;
Corlieu n'a pour lui qu'un atout.

Zoologiste, anatomiste,
De plus Membre de l'Institut,
Si Filhol est mis sur la liste,
Il pourrait bien toucher le but (2).

Les yeux, les nerfs, tout leur système,
Le nez, l'oreille, *et cætera*
Auront beau s'agiter quand même,
La mâchoire l'emportera.

O mâchoire ! puissant organe !
Tu mènes les gens où tu veux
Par un nouveau fil d'Ariane ;
Ah ! quel protecteur merveilleux !

Dr A. C.

1er mars 1899.

(1) Pour des raisons faciles à comprendre, nous n'avons pas publié, lorsque nous l'avons reçue cette boutade humoristique de notre collaborateur.

(2) Filhol a été nommé le 14 mars 1899.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'exercice de la médecine sous un pseudonyme.

Aux termes de l'art. 9 de la loi du 30 novembre 1892, « il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions de docteur en médecine, chirurgien dentiste et sage-femme. » Dans son récent ouvrage, *L'exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 66, le docteur Brouardel rappelle que cette disposition fut ajoutée, brusquement et sans étude préalable, au cours de la discussion devant le Sénat, en vue d'atteindre ces médecins peu recommandables qui n'hésitent pas à faire, sous un nom supposé, les annonces les plus honteuses et qui reculeraient probablement dans leurs manœuvres, lorsque celles-ci imprimeraient à leur nom et à celui de leurs enfants une tare définitive. Mais, ajoute le savant auteur, « le resultat n'a pas répondu à ce que l'on espérait. Légalement, la défense d'exercer sous un pseudonyme signifie simplement qu'on ne doit pas signer des ordonnances d'un nom autre que le sien. On voit la distinction. Rien n'empêche de préconiser sur des affiches, généralement placés dans certains édicules, tel ou tel traitement du docteur Albert, du docteur Emmanuel ou d'un autre docteur qui existe, est mort, ou n'a jamais été médecin ; il est facile de recommander une méthode végétale, américaine, plus ou moins fantaisiste ; mais si l'ordonnance est signée du nom d'un docteur, la loi n'est pas applicable ».

Malgré ces fâcheux pronostics, la jurisprudence vient de montrer qu'elle reconnaissait à la prescription de l'art. 9 une portée plus grande et une sanction plus efficace. Successivement, le tribunal de la Seine, dans un jugement du 18 novembre 1898, et, sur appel, la Cour de Paris, dans un arrêt du 14 mars 1899, ont appliqué l'art. 9 au fait par un dentiste d'exercer son art dans un appartement à la porte duquel était fixée une plaque ainsi conçue : « Docteur Sylvestre, dentiste américain ». Or, le mot Sylvestre était simplement le prénom du sieur Baumgartner, inculpé de contravention à l'art. 9. Les juges ont décidé « qu'en n'indiquant pas son nom de famille et en le remplaçant par son simple prénom, Baumgartner avait dissimulé son individualité d'une façon aussi complète que s'il avait pris un véritable pseudonyme ».

La question, en l'espèce, pouvait paraître délicate. Car qu'est-ce qu'un pseudonyme ? Un nom faux, un nom imaginaire, inventé de toutes pièces. Or, peut-on assimiler à un pseudonyme le prénom véritable employé à l'exclusion du nom de famille ? Mais le tribunal de la Seine a consulté l'esprit plutôt que la lettre de la loi. Dans un *rapport* sur la loi de 1892, M. Chevandier avait dit : « Le pseudonyme est, dans l'espèce, un masque pour le charlatan ». Le tribunal a considéré que le législateur avait voulu atteindre toute dénomination pouvant constituer un masque pour le médecin, pouvant permettre au médecin de dissimuler sa véritable identité. On ne peut qu'approuver cette décision.

J. J.

Le médecin qui délivre un certificat constatant la nature véritable de la maladie dont son client est mort commet une violation du secret professionnel. — Un arrêt de la Cour de cassation porte que la loi a fait du secret médical une prescription d'ordre public et que les juges ne pouvaient baser leur décision sur une déposition qui constituait un acte délictueux. La Cour d'appel de Besançon vient de faire application de ce principe, en décidant que les tribunaux ne sauraient faire état de certificats médicaux produits au cours d'une instance en nullité de constitution de rente viagère et émanant du médecin qui a soigné le crédirentier au cours de sa dernière maladie, une telle production constituant une violation du secret professionnel.

Voici le texte de l'arrêt :

Attendu que les appelants prétendent faire annuler le contrat de vente à rente viagère passé devant Me E..., notaire, au profit des intimés, parce que cette rente aurait été constituée sur la tête du sieur B..., le 23 février 1898, alors que ce crédi-rentier était déjà atteint de la maladie dont il est décédé, le 11 mars 1898, moins de vingt jours après la date du contrat, qu'ils reconnaissent que c'est à eux qu'incombe la charge de prouver les faits qu'ils allèguent, et que dans ce but ils se prévalent d'un certificat du docteur-médecin V... qui a soigné B... pendant le cours de sa dernière maladie ; que dans le cas où la Cour ne trouverait pas dans ce document les éléments nécessaires pour constituer la preuve qu'ils devraient rapporter, ils sollicitent une expertise à l'effet d'examiner les certificats médicaux produits et les ordonnances délivrées à B... durant sa maladie ;

Attendu que le certificat produit par les appelants, comme d'ailleurs ceux produits par les intimés et émanant du docteur V..., doivent être rejetés du débat parce que leur production dans la cause constitue une violation du secret professionnel ; qu'en effet, la loi a fait du secret professionnel, tel qu'il résulte de l'article 378 du Code pénal, une prescription d'ordre public qui ne saurait être violée dans un intérêt de moralité supérieur et sans ébranler la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions pour garantir le repos des familles ;

Attendu que ce secret est la propriété exclusive de celui qui l'a confié ; que le docteur-médecin qui l'a reçu n'est pas le maître d'en disposer dans telles conditions ou telles limites que sa conscience semblerait le lui permettre ; que le docteur V..., ayant donné ses soins à B..., n'a connu les causes de la mort de cet homme qu'en raison de l'exercice de sa profession et que les constatations de ses certificats ne portent que sur des faits qui, par leur nature même, sont secrets ; que, dès lors, la Cour ne saurait faire état de ces documents qui ne peuvent faire preuve par eux-mêmes ni constituer l'élément essentiel et primordial de la preuve par voie d'expertise qui est ainsi illégalement sollicitée ;

Attendu que B... mort, nul ne peut relever le docteur V... du secret professionnel, parce que c'est là un droit qui ne saurait appartenir qu'à la personne même qui en est propriétaire ; qu'il importe donc peu que les deux parties en cause produisent les certificats du médecin ; que les héritiers, les continuateurs mêmes de la personne du défunt, n'ont ni l'exercice, ni la jouissance d'un droit qui, par sa nature même, est exclusivement individuel et personnel ;

Attendu que les appelants, en outre des certificats susvisés, se prévalent de présomptions qui ne sont ni graves, ni précises, ni concordantes ; qu'il résulte même des faits reconnus par toutes parties que le sieur B... a pu comparaître en état de santé, le 24 février 1898, devant les juges du tribunal correctionnel de Vesoul ; qu'enfin, les appelants, n'ayant point rapporté la preuve qui leur incombait, doivent être déboutés de leurs fins et conclusions.

Par ces motifs, sans s'arrêter aux offres de preuves par expertise ou par témoins, qui sont rejetées : celle des appelants comme illégale, celle des intimés comme inutile, déclare les appelants mal fondés dans leurs fins et conclusions, les en déboute et confirme le jugement attaqué.

(*Gaz. hebd.*).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Carles, agrégé libre, est chargé, pendant l'année scolaire 1899-1900, d'un cours complémentaire d'hydrologie et de minéralogie.

Ecole de médecine de Besançon. — M. le docteur Baigue, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. Saillard (année scolaire 1899-1900).

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Cousin, professeur agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur de pathologie et de médecine opératoire à l'Ecole de Marseille.

Corps de santé militaire. — Par décret du 15 août 1899, ont été nommés :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités : Letellier, Petit, Potheau, Sacreste.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve : — M. Lefort, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Cuche, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Seguin, ex-médecin-major de deuxième classe de la marine.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les Drs Thébault, Pinault, Dousset, Mourié, Robin, Lemercier, Brâmel, Vinot, Carle, Cohendy, Wintrebert, Charpentier (M.), Gallois, Morandeau, Bureau, Larroque, Orjuben, Fabre, Mascarel, Goddard, Escande, Turpault, Roussel, Boignard, Vast, Semen, Cavasse, Rouquette, Mouchet, Lefrançois, Delort, Balland, Gilbert, Fontoynont, Montheil, Cosson, Pelisse, Tulasne, Wagon, Chenouard, Bourgeon, Pouzin, Garait, Simonot, Simon, Pel, Gagnière, Guyotat, Bernout, Douriez, Mauchamp, Terrien, Fredet, Castellant, Bailhache, Oraison, Hugues, Cavalié, Besson, Abraham, Danès, Ozanne, Harlay, Charpentier (A.), Bloch, Deville, Dusser, Andrieu, Pasteau, Fontaine, Saint-Hilaire, Labbé, Prat-Dumas, Lamoureux, Moret, Poitevin de Pontguyon, Perret, Robert, Laclautre, Houeix de la Brousse, Belaubre, Jouve, de Pindray, Corniglion, Prévost, Barès,

Le Chevallier, May, Rogier, d'Amfreville de Jurquet de la Salle, Gaussel, Gayme, Bachelier, Cosse, Hanotte, Franchi, Bouché, Gonnand, Bouissou, Faussié, Balencie, Morisseau, Grynfeltt, Follet, Labrit, Pigot, Pélissier, Voisin (H.), Delmas-Marsalet, Mathieu, Lefèvre, Thulliez, Guillois, Jeulain, Boivin, Rellay, Pichard, Cabrol, Voisin (P.), Palle, Flament, Debacq, Gaussorgues, Guillon, Mongeot, Grandin, Rancoule, Cordonnier, Deck, Douvrin, Fonvielle, Logerot, Pidancet, Bouvy, Bougon, Ripault, Druon, Goidin, Frarier, Goizet, Pomerais, Maradeix, Mazoyer, Salles, Lévêque, Bertholet, Lemoyne de Vernon, Joubert, Raine, Rey, Rivalta, Fusier, Thilliez, Couillard-Labonnote, Pascaud, Gibert, Limouzin-Lamothe, Labiche, Malterre, Lasserre, Vico, Hucé, Martial-Lagrange, Caplet, Wegbécher, Bernay, Chartier, Plaignard, Courvoisier, Naurceils, Parisot, Fournier, Teisseire, Degos, Narbonne, Lebreton, Leduc, Louis, Marchand, Meschinet de Richemont, Brunschwig, Decherch, Butzbach, Giraud, Pauzier, Viaud-Grand-Marais, Markuszewski, Tueferd, Lafond-Grellety, Pellier, Raffin, Deslandes, Cocurat, Dupuy, Billard, Médard, Bouteillier, Bégué, Meyssan, Ancel, Masson, Patry, Charpentier (L.), Wildenstein, Hyvert, Résibois, Bled, Trotin, Laporte, Réniac, Astruc, Meunier, Sergent, Jalaber, Duval, Zuber, Rioufol, Dupuy, Goin, Temin, Roux, Morfaux, Masson, Melcion, Mathieu, Courties, Poumier, Grosmaire, Olive, Gillet, Alric-Bourgès, Dauban, Humbert et Coliez.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les Drs de Crévoisier de Vomécourt, Roulleau, Réjou et Praud.

— Par décision ministérielle, en date du 21 août 1899, les officiers dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Maljean, pour les salles militaires de l'hospice mixte du Mans ; Hermann, pour le 5e d'artillerie ; Gœbel, pour le 132e d'infanterie ; Kaufmann, pour le 1er du génie ; Lapasset, pour le 113e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Derouet, pour le 95e d'infanterie ; Spire, pour le 35e d'infanterie ; Duval, pour le 67e d'infanterie ; Carlier, pour le 2e étranger ; Verdier, pour le 3e zouaves, Pilon, pour le 2e zouaves et détaché au dépôt des 2e et 3e zouaves à Arles ; Puissan, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Eymeri, pour la direction du service de santé du 12e corps d'armée ; Sudre pour la direction du service de santé du 18e corps d'armée ; Mechin, pour le 125e d'infanterie (4e bataillon, Paris) ; Arnaud, pour la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris ; Deumié, pour le 102e d'infanterie ; Larrieu, pour le 75e d'infanterie.

MM. les médecins aide-majors de première classe Rémond pour le 151e d'infanterie et pour être détaché à Belfort pour le service des 4e bataillons ; Dreyfus, pour le 156e d'infanterie ; Malaval pour le 81e d'infanterie ; Rocheron, pour le 101e d'infanterie.

M. le médecin aides-major de deuxième classe Grall, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 19 août 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour prendre rang au 20 août 1899.

Au grade de médecin principal. — M. Bellot, médecin de première classe, en remplacement de M. Jabin-Dudognon.

Au grade de médecin de première classe. — M. Lasselves, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Bellot.

— Par décret en date du 19 août 1899, M. Jabin-Dudognon a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, pour compter du 20 août 1899. Est affecté au port de Lorient.

— M. Brémaud, médecin principal du port de Brest, est désigné pour remplacer au 3e dépôt des équipages de la flotte, à Lorient, M. le Dr Magnon-Pujo, qui terminera le 4 septembre 1899, la période réglementaire de deux années et sera affecté au port de Lorient.

M. le médecin de deuxième classe Camus, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur l'*Iphygénie*, en remplacement de M. le docteur Lasselves, promu médecin de première classe. — M. Camus devra être dirigé immédiatement sur Brest.

Congrès international d'Otologie. — Le prochain Congrès international d'otologie, qui aura lieu en 1903, sera tenu à Bordeaux. Le Dr E.-J. Moure a été nommé président du Comité d'organisation.

La consommation des alcools en France en Angleterre et en Allemagne. — Le *Times* publie une statistique intéressante sur les quantités comparatives d'alcool qui sont absorbées annuellement en France, en Angleterre et en Allemagne. Pour cela, il prend les trois principaux liquides : vin, bière et liqueurs, et il calcule quelle est la moyenne de la consommation par tête dans chacun des trois pays.

C'est ainsi qu'en France, d'après la moyenne obtenue, chacun de nous consomme 8 litres de liqueurs, 96 litres de vin et 22 litres seulement de bière.

En Allemagne, la consommation des liqueurs est exactement la même qu'en France, à savoir 8 litres par habitant. La consommation de vin est infime : 7 litres par habitant. La bière, par exemple, s'élève à 115 litres par habitant.

En Angleterre, la consommation de la bière dépasse celle de l'Allemagne et s'élève au chiffre de 140 litres par habitant. Par contre, la consommation des liqueurs n'est que de 4 litres 1/2 par personne, et celle du vin de 2 litres.

Si, maintenant, on prend le pourcentage d'alcool, qui, d'après les derniers chiffres officiels, se trouve dans les trois principaux liquides dont nous venons de parler, on arrive au résultat suivant :

France, 50 p. 100 d'alcool dans les liqueurs, 7 p. 100 d'alcool dans le vin, 4 p. 100 d'alcool dans la bière. Total, 12 litres d'alcool par habitant et par année.

Allemagne, même proportion d'alcool dans les trois liquides. Total, 10 lit. 1/2 par habitant et par année,

Angleterre : 10 p. 100 d'alcool dans les liqueurs, 10 p. 100 d'alcool dans le vin, 6 p. 100 d'alcool dans la bière. Total, 11 litres d'alcool par tête et par année.

Comme on le voit, les chiffres auxquels on aboutit diffèrent de peu entre les trois pays, mais, néanmoins, si la statistique citée plus haut est exacte, c'est encore la France qui tiendrait la tête pour la consommation de l'alcool.

Règlement provincial de l'Institut ophtalmologique de la province de Namur. — Au commencement de l'année 1898 le Dr Bribosia a, pour des raisons très légitimes, donnée sa démission de médecin de l'institut ophtalmique Marie-Henriette de Namur.

La députation permanente namuroise avait décidé que les soins médico-chirurgicaux devraient être *gratuits* pour tous, même pour les *non indigents*.

C'était transformer l'institution de bienfaisance qu'était l'institut, en un établissement pouvant recevoir des malades aisés, gagner de l'argent et réaliser des bénéfices aux dépens du corps médical.

Le Syndicat médical de Namur et tous les praticiens, aidés par la presse professionnelle, ont protesté avec une grande énergie contre cette manière d'organiser des soins gratuits donnés par la bienfaisance publique au profit des non indigents !

Quoi qu'il en soit l'administration provinciale a modifié le règlement organique de l'Institut Marie-Henriette.

En juillet dernier, M. Arnould, l'honorable président du syndicat des médecins de la province de Namur a communiqué aux intéressés les renseignements suivants

Les articles 35, 49 et 62 de ce règlement avaient décrété, au grand dam du médecin de l'Institut et du corps médical de la province, la gratuité des soins médicaux et chirurgicaux pour tout le monde — riches et pauvres — à l'Institut ophtalmique provincial. De plus ils confisquaient la liberté de certaines catégories de malades, par l'interdiction faite au médecin de l'établissement de les traiter ailleurs qu'à l'Institut provincial. Le prix des consultations pour les non-indigents, fixé à 3 francs, était partagé entre le médecin et l'Institut.

Dans le nouveau règlement de 1899,ces trois articles sont remplacés par les suivants :

Art. 13. — L'Institut est ouvert à tous, mais spécialement destiné aux indigents, ouvriers, domestiques et serviteurs quelconques.

Art. 14. — Les soins médicaux et pharmaceutiques, opérations, pansements à donner aux personnes mentionnées à l'article précédent, sont absolument gratuits.

Le prix de la journée d'entretien de ces malades sera fixé par la Commission administrave de l'Institut, sous le contrôle de la députation permanente.

Art. 15. — Les personnes non indigentes qui seront admises par la Commission à se faire traiter à l'Institut payeront, outre la journée d'entretien fixée par ladite Commission et dont le prix ne pourra être inférieur à trois francs, *des honoraires à déterminer par convention spéciale entre elles et le médecin-directeur.*

Ce règlement, sans être parfait, donne dans une large mesure satisfaction aux revendications du Syndicat.

Celui-ci aurait voulu la solution radicale : « l'hôpital aux seuls pauvres » ; malgré les démarches et les instances réitérées, il a été impossible de l'obtenir. Cependant, cette solution est la seule équitable ; c'est celle de l'avenir.

Ne perdons pas courage, travaillons sans relâche, chacun dans la mesure de nos moyens, pour l'obtenir des pouvoirs publics. (*Journ. d'acc.*)

Assurance contre les accidents. Un comble : les Compagnies veulent être agréables à leurs assurés ! — Nous lisons dans le *Concours médical* :

Nous reproduisons intégralement la circulaire suivante, avec quelqu'appréhensions qu'elle ne soit l'œuvre d'un fumiste.

LA PRÉVOYANCE

Compagnie d'Assurances à primes fixes contre les Accidents.

Paris, rue de Londres, 23.

Paris, le 1er août 1899.

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous adresser, par le même courrier, comme « papiers d'affaires » des certificats qui vous seront demandés par nos assurés,pour faire, aux mairies les déclarations d'accidents arrivés à leurs ouvriers. Nous espérons, qu'en raison de peu du travail que vous occasionnera le *remplissage* des quelques mots que vous avez à inscrire sur la formule du rapport, que nous avons voulu faire préparer pour vous éviter un travail sérieux, vous voudrez bien délivrer *gratuitement* ces rapports à nos assurés, qui en feront la demande.

Nous serons très heureux d'apprendre que vous voulez bien vous joindre à nous, dans cette circonstance, *pour être utile à nos assurés, à qui nous poursuivons le but d'être agréables.*

Veuillez agréer, avec nos remerciements, nos salutations les plus distinguées.

Pour la Compagnie :
Le Chef du Bureau des Sinistres,

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (Nom et Prénoms) .....

Médecin de la Faculté de .....

demeurant à ..... *certifie avoir visité, ce jour, le nommé* (Nom et Prénoms de l'Ouvrier) .....

employé chez M. (Nom du Patron) .....

que l'on m'a déclaré avoir été victime d'un accident.

Cet accident a pour causes et conséquences :

(Indiquer l'état du blessé, la nature de l'accident, les suites probables et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le le résultat définitif.)

.....

.....

Qu'espérer des Compagnies d'assurances, dont une des plus prospères ose faire, aux médecins, pareille demande ? C'est de l'inconscience. Nous voudrions bien connaître les noms des médecins en petit nombre, espérons-le, qui accepteront cette alléchante proposition.

Nous souhaitons un peu que cette demande resserre l'entente que, depuis vingt années au *Concours*, nous proclamons nécessaire, sous peine de déchéance immédiate. Nous demandons à tous ceux de nos lecteurs qui ont reçu, ou recevront la circulaire, de réponde de façon topique.

A, C.

Nécrologie. — Le Dr Frénoy, d'Ollioules (Var), reçu en 1896. — Le Dr Gilles, de Tours, reçu en 1883. — Le Dr Ollivier, de Saint-Martin-d'Entraumes (Alpes-Maritimes). — Le Dr Vaissette, de Nyons (Drôme), reçu en 1826.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Excursion au Château et dans la Forêt de Fontainebleau. La Compagnie P.-L.-M. organise avec le concours de la Société des Voyages Economiques, une excursion au Château et dans la forêt de Fontainebleau pour le dimanche 17 septembre. Départ de Paris, 9 h. 15 matin. Retour à Paris, 10 h. 51 soir.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 20 fr. ; 2e classe, 17 fr. 50 ; 3e classe, 15 fr.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des Voyages Economiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et 10, rue Auber, à Paris.

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr.10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*